Lane Medical Library

Ueber intermittirendes Fieber

bei

Peliosis rheumatica bezw. Erythema nodosum.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 9. Februar 1888

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Paul Händel

prakt. Arzt aus Münchenbernsdorf (Grossherz. Sachsen-Weimar).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Kranzfelder, Assistenzarzt I. Classe.
- Dr. med. Kohlstock, Assistenzarzt I. Classe.
- Dr. med. v. Harbou, Assistenzarzt I. Classe.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/ueberintermittir0000paul

Im

Andenken an seinen unvergesslichen Vater

seiner

theuren Mutter

in kindlicher Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Wenn Auspitz [1]) sagt: „In höherem Grade als die Erkrankungen sogenannter edlerer Organe spielen die Hautkrankheiten eine Janusrolle, das eine Antlitz der Aussenwelt und ihren Reizen, das andere der inneren Werkstätte des Organismus zugewendet", so gesteht er damit zu, dass auch noch jetzt trotz der eifrigen Forschungen auf diesem Gebiete grosse Unklarheiten über das Wesen vieler Hautkrankheiten bestehen, weil das die Hauptrolle spielende ätiologische Moment in den seltensten Fällen mit Sicherheit nachgewiesen werden kann. Aber nicht nur die Ungewissheit bezüglich der Aetiologie und Pathogenese regt zu neuen Forschungen an, sondern selbst die Krankheitserscheinungen sind oft so mannigfaltig und interessant, dass sie Stoff zu speciellen Abhandlungen abgeben.

So soll auch im Folgenden ein Fall Erwähnung finden, den ich im Jahre 1884 in der medicinischen Klinik des Hrn. Geh. Medicinalrathes Prof. Dr. Leyden zu beobachten Gelegenheit gehabt habe und der mich zu der vorliegenden Arbeit [2]) angeregt hat. Es sei mir zunächst gestattet, die Krankengeschichte in extenso mitzutheilen.

Anamnese. Patientin B. M., eine 19 Jahr alte Verkäuferin, welche in Berlin geboren ist und immer da gelebt hat, giebt an, aus gesunder Familie zu stammen und in ihrer Kindheit Masern, Diphtherie und (im 7. Lebensjahre) Wechselfieber überstanden zu haben.

---

[1]) v. Ziemssen, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Band XIV, 1.

[2]) Aus verschiedenen Gründen hat dieselbe erst jetzt veröffentlicht werden können.

Sie ist in ihrem 14. Jahre zuerst menstruirt, und von da ab immer regelmässig.

Im Jahre 1883 will sie vom März bis August an Gelenkrheumatismus krank gelegen haben.

Am 29. Mai 1884 erkrankte Patientin mit Frost und Schmerzen im rechten Kniegelenk; dabei hatte sie Kopfschmerzen, keinen Appetit und fühlte sich so matt, dass sie sich zu Bett legen musste. Die ganze folgende Nacht hatte sie starke Hitze, die nach Darreichung von Medicin am Morgen wegblieb. Sie stand daher auf und blieb auch den ganzen Tag ausser Bett, ebenso auch am folgenden Tage (31. Mai). Allein Mittags traten plötzlich heftige Schmerzen in den Knie- und Ellenbogengelenken auf, weshalb sie sich wieder zu Bett legte. Durch Einreibungen verschaffte sie sich Linderung der Schmerzen und stand bereits am 2. Juni wieder auf. An diesem Tage traten jedoch rothe Flecken besonders an den Füssen auf, welche sehr schmerzhaft gewesen sein sollen. Auch der Schmerz im rechten Kniegelenk wurde wieder heftiger, so dass Patientin sich zu Bett legen musste und am folgenden Tage die Anstalt aufsuchte.

Patientin führt ihre Krankheit auf eine Erkältung zurück, die sie sich bei einer Wasserfahrt am 25. Mai zugezogen haben will. Tags darauf habe sie sich schon unwohl gefühlt, Schmerzen im Unterleib und abwechselnd Frost und Hitze gehabt.

Status praesens am 3. Juni. Patientin von schwächlicher Constitution, geringer Musculatur und mässigem Fettpolster. Active Rückenlage. Gesicht blass, Gesichtsausdruck natürlich, Blick frei. Die Hautdecken turgescirend, von mattgrau-röthlicher Färbung. Oedeme nicht vorhanden, dagegen breiten sich beinahe über den ganzen Körper dunkelrothe Flecken von Linsen- bis Fünfpfennigstückgrösse aus, die theils in Form von Bläschen und Papeln etwas über das Hautniveau hervorspringen, theils im Niveau der Haut liegen. Am meisten sind davon besetzt die beiden Unterschenkel (40—50). Der Bläscheninhalt ist zum Theil schon eingedickt und hat ein weissgelbliches, zugespitztes Aussehen angenommen. In der Gegend des linken Malleolus ext. con-

fluiren mehrere solcher Flecken zu einer ca. Fünfmarkstück grossen Partie, die auf Druck empfindlich ist und deren Röthung auf Fingerdruck nicht schwindet. Desgleichen findet sich auf dem linken Handrücken in der Nähe des III. Metacarpophalangealgelenks eine umschriebene, haselnussgrosse, geröthete und geschwollene, auf Druck sehr empfindliche Stelle. Dieselbe soll spontan entstanden und mit Gelenkschmerzen verbunden gewesen sein. Das rechte Kniegelenk etwas geschwollen und sehr druckempfindlich. Hauttemperatur erhöht (38,9° C.), Puls 108, fieberhaft.

Urin 800 cbcm, von gelber Farbe, trübe, zeigt ein stark wolkiges Sediment, frei von Eiweiss; specifisches Gewicht 1015; Reaction sauer.

Zunge grauweiss belegt, Appetit nicht vorhanden, lebhaftes Durstgefühl; Stuhlgang retardirt.

Abdomen weich, nicht gespannt. Leberdämpfung nicht vergrössert, Milzanschwellung deutlich nachweisbar.

Die Untersuchung der Lunge und des Herzens ergiebt nichts Abnormes. Herztöne etwas matt, aber rein.

Die Klagen der Patientin bestehen in Kopfschmerzen, allgemeinem Unbehagen und Gelenkschmerzen.

Diagnose: Peliosis rheumatica (?).

Therapie: Bettruhe; von medicamentöser Behandlung wird einstweilen Abstand genommen.

4. Juni. Befinden besser, Stuhl noch retardirt.

T. M. 36,4, Puls 88. T. A. 37,2, Puls 96.

Ord.: Inf. Senn. comp.

5. Juni. T. M. 36,6, P. 88. Pat. hat die Nacht nicht schlafen können wegen reissender Schmerzen im rechten Knie- und beiden Handgelenken, sowie wegen Kopfschmerzen. Gelenk- und Kopfschmerzen halten den ganzen Tag über an. Dazu gesellt sich grosse Druckempfindlichkeit im unteren Theile der rechten Tibia, Wade und Kniegelenk, besonders grosse Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen. Spannung der Nackenmusculatur.

T. A. 39,6, P. 112.

6. Juni. T. M. 37,7, P. 90. Urin sehr spärlich (300 cbcm), concentrirt, spec. Gewicht 1020, frei von Eiweiss. Kopf- und Genickschmerzen geschwunden, so-

wie alle Gelenke frei von Schmerzen. Subjective Euphorie, aber grosse Mattigkeit, Neigung zur Somnolenz.

T. A. 36,6, P. 66.

7. Juni. Pat. hat die Nacht gut geschlafen, es stellt sich geringes Nasenbluten ein.

T. M. 36,0, P. 60. T. A. 36,6, P. 66.

8. Juni. T. M. 36,4, P. 60. T. A. 36,3, P. 66.

Subjective Euphorie den ganzen Tag über.

9. Juni. Seit 6 Uhr Morgens klagt Pat. über Kopfschmerzen, welche besonders intensiv um die Augen sein sollen; dabei leichter Frost und dann Hitze.

T. M. 7 Uhr 39,1, gegen 9 Uhr 39,6, P. 112. Nachmittag wieder ein Frostanfall, T. 3 Uhr 40,0; 6 Uhr 39,3, P. 100.

10. Juni. T. M. 36,5, P. 84; T. A. 36,8, P. 88.

11. Juni. T. M. 36,5, P. 76; T. A. 36,7, P. 72.

An beiden Tagen keine Klagen.

12. Juni. T. M. 36,5, P. 80. Im Laufe des Vormittags tritt Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Fussgelenks und gegen Mittag ein Frostanfall ein, der 1 Stunde dauert. T. 1 Uhr 39,9, A. 6 Uhr 41,0. Gesicht hochgeröthet und gedunsen, Conjunctivalschleimhaut geschwollen, Lichtscheu. Stiche in der Milzgegend, welche auf Druck sehr empfindlich ist. Milzdämpfung in der Länge 7 cm, Breite 10 cm.

Am rechten Mall. ext. eine circumscripte schmerzhafte Schwellung, Haut darüber geröthet. Gelenkschmerzen im Vordergrunde der Klagen.

Ord.: Natr. salicyl. 8,0, Aq. 200,0, 2 stündl. 1 Esslöffel. T. A. 9 Uhr 39,9, P. 96.

13. Juni. Pat. hat während der Nacht gebrochen. T. M. 36,7, P. 72. Urin etwas reichlicher (600 cbcm). Am rechten Mall. ext. hat sich ein schwarzbläulicher Fleck gebildet mit blasenartiger Erhebung der Epidermis, Cutis darunter zeigt einen blutigen Erguss. Auf beiden Fussrücken, sowie auf dem rechten Vorderarm sind zahlreiche blassröthliche, leicht prominirende Flecken in der Haut entstanden, welche meist über den Gelenken oder in deren Nähe sitzen und auf Druck etwas zum Verschwinden gebracht werden können, so zwar, dass

sie bei Nachlass des Druckes sofort wieder erscheinen. T. A. 37,0, P. 88.

14. Juni. T. M. 36,8, P. 72. Eine genaue Untersuchung des Herzens ergiebt nichts Abnormes. Herztöne rein. Milzdämpfung beträchtlich. Flecken auf dem Fussrücken und am Vorderarm abgeblasst, ebenso die Stelle am rechten Mall. ext. Letztere zeigt jedoch noch eine blasenförmige Erhebung der Epidermis. T. A. 36,9, P. 80.

15. Juni. T. M. 36,7, P. 84. Klagen über reissende Schmerzen in beiden Ellenbogengelenken. Auf der Rückseite derselben ist die Haut geröthet und geschwollen in einer Ausdehnung von Fünfmarkstückgrösse. In der Mitte der Röthung eine etwa erbsengrosse schwarzbläuliche Stelle, an der ausserdem die Epidermis abgehoben ist. T. A. 37,3, P. 88.

16. Juni. Während der Nacht hat sich wieder Fieber eingestellt, ohne dass jedoch Frost voraufgegangen ist. T. Nachts 12 Uhr 39,5, P. 120. Mittags 39,9. Im Laufe des Nachmittags Abfall zur Norm. Während dieses Fieberanfalles erneute Schmerzen in beiden Ellenbogengelenken. Die Haut über denselben zeigt eine diffuse Röthung, in deren Mitte ein deutlicher, circumscripter Bluterguss sichtbar ist; ebenso zeigt sich eine diffuse Röthung auf dem linken Handrücken in der Nähe der mittleren und dem ersten Metacarpophalangealgelenke (cf. status am 3. Juni). Daneben finden sich roseolaartige Flecken an beiden Armen und Beinen. — Zunge meist grau belegt. Herztöne matt aber rein. Milzdämpfung je 11 cm in der Länge und Breite. T. A. 37,5, P. 92. Bis Abend sind 16 g Natr. salicyl. verbraucht. Dasselbe ausgesetzt, da es sofort wieder ausgebrochen wird.

17. Juni. Pat. hat die Nacht gut geschlafen. T. M. 36,1, P. 36. Die geschwollenen rothen Stellen sind abgeblasst bis auf einen blaurothen Fleck auf dem Olecranon beiderseits. T. A. 36,2, P. 76.

18. Juni. T. M. 36,5, P. 64. Exanthem zum grossen Theil, schmerzhafte Gelenkaffectionen gänzlich geschwunden. T. A. 36,5, P. 72.

19. Juni. Seit der Nacht schmerzhafte Schwellung

des rechten IV. Metacarpophalangealgelenks und Handrückens; Haut darüber geröthet. T. M. 36,7, P. 68. Vormittags 10 Uhr ein Schüttelfrost. T. M. 12 Uhr 40,2, P. 112. Die Temperatur hält sich mit einer geringen Remission am Nachmittag bis Abends 7 Uhr auf dieser Höhe und sinkt dann während der Nacht auf die Norm (3 Uhr Morgens 37,0).

20. Juni. T. M. 36,8, P. 64. Etwas Verstopfung. Ord. Spec. lax. St. Germain. T. A. 36,1, P. 72.

21. Juni. T. M. 36,8, P. 72. Urin reichlicher geworden (900 cbcm), spec. Gewicht 1011, mittelstarke Diazobenzolreaction. Schmerzhaftigkeit der Gelenke gänzlich geschwunden. Abends treten die Menses ein. T. A. 36,6, P. 64.

22. Juni. 6 Uhr Morgens ein Schüttelfrost, welcher in wechselnder Stärke bis 7 Uhr währte. T. 40,4, P. 132.

Ord. Antipyrin 1,0 1 stündl., bis 3 g verbraucht. Darnach starker Schweiss. T. 11 Uhr 38,4.

In der Zeit von 12—2 Uhr jedoch wieder verschiedene Anfälle von Schüttelfrost. T. 4 Uhr 39,8, P. 132. Später Sinken der Temp. Den ganzen Tag über Klagen über heftige Kopfschmerzen und Lichtscheu. Zugleich sind schmerzhafte und geröthete Anschwellungen in der präpatellaren Haut beiderseits entstanden im Umfange von ca. Einmarkstückgrösse; dieselben sind bei Berührung sehr schmerzhaft. Ebensolche Stellen, nur etwas kleiner, finden sich am linken IV. Metatarsophalangealgelenk und an der äusseren Seite des rechten Calcaneus. Das roseolaartige Exanthem an den Unterschenkeln und Vorderarmen wieder stärker aufgetreten. T. A. 9 Uhr 38,5.

23. Juni. T. M. 36,5, P. 68. Urin zeigt schwache Diazobenzolreaction. Erytheme am Knie abgeschwollen. Auf gerötheter Umgebung finden sich auf der Vorderfläche der Kniee an symmetrischen Stellen rechts und links petechienartige Flecken mit theilweise abgehobener Epidermis. T. A. 36,3, P. 72.

24. Juni. T. M. 36,6, P. 66. Pat. fühlt sich im Allgemeinen wohl, sieht jedoch etwas blass aus; leichte Anaemie der Schleimhäute. An der Rückseite der Ellen-

bogengelenke über der Spitze des Olecranons je eine thalergrosse röthliche Hautverfärbung, links deutlich hämorrhagischer Natur. An der Vorderfläche beider Kniegelenke etwas frischere rothe Flecken als an den Ellenbogengelenken, in der Mitte mit blutigem Erguss in das Corium und bläschenartiger Abhebung der Epidermis. Derselbe Befund ist zu verzeichnen an der Aussenseite beider Fussgelenke auf der Höhe der Mall. ext. An der Rückenfläche der zweiten und vierten Zehe auf beiden Seiten links genau entsprechend dem I. Phalangealgelenke eine diffuse Röthung und Schwellung, in der Mitte mit einem erbsengrossen blutigen Erguss und Abhebung der Epidermis. An beiden Unterschenkeln und Vorderarmen ältere und frischere purpurartige Flecken von verschiedener, meist Linsengrösse. Milzdämpfung noch vergrössert. T. A. 36,4, P. 64.

Von nun an trat schnelle Besserung ein. Es kommen keine Fieberanfälle mehr vor, ebenso treten keine neuen Ausschläge auf und alle Gelenke bleiben frei von Schmerzen. Nur die Milzanschwellung besteht noch längere Zeit fort, geht aber nach Darreichung von Chinin in kleinen Dosen auch allmählich zurück. Ebenso bessert sich die Anaemie, Am rechten Olecranon und rechten Mall. ext. noch deutliche gelbbraune Pigmentirungen in der Haut. Eine genaue Untersuchung der Brustorgane vor der Entlassung der Pat. aus der Anstalt ergiebt nichts Krankhaftes. Die Entlassung erfolgt am 14. Juli.

Epikrise. Es handelt sich um eine Patientin, welche schon einmal an acutem Gelenkrheumatismus gelitten hat und nun wieder nach einer Erkältung bei Gelegenheit der Wasserfahrt am 25. Mai 1884 an ziemlich typischen Erscheinungen des acuten Gelenkrheumatismus erkrankt.

Auf die erwähnte Ursache führt Pat. ihre Erkrankung mit grosser Bestimmtheit zurück. Tags darauf fühlte sie sich unwohl und hatte abwechselnd Frost und Hitze, die Zeichen der acut fieberhaften Erkrankung. Erst

3 Tage später zeigten sich unter erneuten Fiebererscheinungen die ersten Gelenkaffectionen, bestehend in schmerzhaften und ödematösen Anschwellungen zunächst der Kniegelenke.

Die Krankheit nimmt aber einen ganz abnormen und complicirten Verlauf zunächst durch eine Complication mit der eigenthümlichen Hautaffection und dann durch das Auftreten von schweren Schüttelfrösten mit entsprechenden Fiebereruptionen.

Schon vor der Aufnahme, am 2. Juni, nachdem die Gelenkaffectionen schon aufgetreten, bemerkt Pat. an den Füssen rothe Flecken, deren Eruption zugleich mit heftigen Schmerzen verbunden ist. Während der Behandlung in der Anstalt wird ein Exanthem beobachtet, welches in einer zweifachen Form auftritt. Zunächst ein unregelmässig über den Körper verbreitetes, nicht mit Schwellung der Haut verbundenes, fleckenartiges Exanthem, welches purpuraartig ist und auch als Purpura direct angesprochen werden kann.

In der Krankengeschichte ist auch noch (am 16. Juni) von einem roseolaartigen Exanthem die Rede. — Diese Purpura von unregelmässiger Localisation ist zugleich flüchtiger Natur, verschwindet schnell, tritt wieder auf, unabhängig von den den Krankheitsverlauf weiter complicirenden Fieberanfällen und den verschiedenen Exacerbationen der schmerzhaften Gelenkaffectionen.

Die andere Gruppe der Hautefflorescenzen ist dagegen an die Gelenkgegenden gebunden und charakterisirt sich im Wesentlichen als erythematöse und quaddelartige hochgeröthete Anschwellung an den Streckseiten der Gelenke mit dem ebenfalls auffälligen Befunde, dass auf der Höhe der erythematösen Anschwellungen Bläschenbildung und Hämorrhagien bezw. Petechienbildung stattfinden. — Dieser Befund erwies sich an allen betroffenen Stellen als ein übereinstimmender, wenn auch graduell verschiedener. Am rechten Fussgelenk (und zwar in der Gegend des äusseren Knöchels) kam es zu einer örtlichen Erkrankung von äusserst charakterischer Form. Die Gesammtanschwellung von Fünfmarkstückgrösse zeigte auf der Höhe einen durch Bläschenbildung und Gewebszerfall zu Stande gekommenen circumscripten

tiefen Defect. Die begleitenden schmerzhaften Beschwerden waren sehr hochgradig. An den Kniegelenken war die Präpatellargegend befallen, daneben bestand deutliche Schwellung des Gelenkapparates. Ein bevorzugter Sitz der eigenthümlichen Erkrankung ist die Gegend der Gelenke zwischen Mittelhand und ersten Fingerphalangen bezw. zwischen Mittelfuss und Zehen. Hier schwoll der ganze Hand- bezw. Fussrücken ödematös an.

Den Verlauf dieser sich an die betroffenen Gelenkgegenden bindenden Hauterkrankungen betreffend, beanspruchte die am rechten Fuss- und rechten Ellenbogengelenk localisirte 12 bezw. 9 Tage, flüchtiger und schneller zur Abschwellung gelangend erwiesen sich die an anderen Stellen aufgetretenen Erkrankungen.

Das weitere Interesse des Falles knüpft sich an den aussergewöhnlichen Fieberverlauf, welcher durch Fieberanfälle mit Schüttelfrösten charakterisirt ist. Schon vor der Aufnahme hatte Patientin Fröste und Fieber gehabt. Während der Behandlung in der Anstalt hatte sie im Ganzen während 18 Tagen 6 Fieberanfälle, welche durch mehr oder weniger heftige Schüttelfröste eingeleitet wurden. Das Verhalten und der Hergang bei denselben unterschied sich kaum von den Anfällen des Malariafiebers. Die Temperatursteigerungen traten plötzlich ein und waren excessive (bis 41,0 C.). Die durchschnittliche Dauer der Fieberzeit betrug 8—9 Stunden. Ebenso trat die Apyrexie plötzlich ein und war eine vollständige. — Sucht man an der Hand der aufgestellten Fiebercurve nach einem Fiebertypus, so stellt sich derselbe nicht ganz als ein vollständig regelmässiger heraus, zeigt aber doch grosse Uebereinstimmung mit einer Febris quartana, indem zwischen den einzelnen Anfällen meist 2 fieberfreie Tage liegen. Bei der Aufnahme betrug die Temperatur 38,9, sank jedoch bald auf die Norm und blieb auf dieser den ganzen folgenden Tag und am Vormittag des 5. Juni. An diesem Tage folgte am Nachmittag um dieselbe Zeit wie am 3. Juni ein neuer Fieberanfall mit Frost, so dass sich eine Febris tertiana annehmen liesse; allein es folgte jetzt eine 2tägige vollständige Apyrexie, welche in der Folgezeit zwischen den einzelnen Anfällen mit gleicher Zeitdauer

auftrat, so dass im Allgemeinen der Typus als der einer Febris quartana bezeichnet werden kann. Am 9. Juni erfolgte am Morgen eine neue Fiebereruption, eingeleitet durch einen ausgesprochenen Schüttelfrost, wobei das Fieber die Höhe von 41,0 erreichte. Am 13., 14. und noch bis am Abend des 15. Juni war Pat. wieder vollständig fieberfrei; am Abend des 15. und in der folgenden Nacht stieg jedoch die Temperatur wieder plötzlich auf 39,5, ohne dass Frost voranging (?) und stieg im Laufe des Vormittags noch bis auf 39,9, um im Laufe des Nachmittags wieder auf die Norm zurückzukehren und auf dieser die beiden folgenden Tage zu beharren. Am 19. Juni Vormittags erfolgte unter heftigem Schüttelfrost ein abermaliger Fieberparoxysmus (T. 40,2), der bis gegen 7 Uhr A. mit nur einer kleinen Remission zwischen 2 und 7 Uhr N. andauerte. Am 20. und 21. Juni war die Temperatur wieder eine ganz normale, erhob sich jedoch am folgenden Tage früh nach einem heftigen Schüttelfrost wieder auf 40,4. Antipyrin (3 g innerhalb 3 Stunden) drückte sie zwar bis auf 38,4 herab, jedoch traten von 12—2 Uhr M. wieder mehrere Schüttelfröste unter Erhebung der Temperatur bis 39,8 auf, worauf am Abend dieselbe zur Norm zurückkehrte und von nun an auf dieser bis zur vollständigen Genesung verblieb.

Das Vorhandensein dieses Fiebertypus ist ausserordentlich bemerkenswerth, da nur dem Malariafieber bekanntlich eine Fiebercurve von typischer Form zukommt. Alle anderen fieberhaften Erkrankungen mit dem in klinischer Beziehung bedeutsamen Symptom der Schüttelfröste entbehren des regelmässigen Typus; die Schüttelfröste, welche die Fieberanfälle einleiten, sind erratische Fröste. Dennoch kann das Zustandekommen der im vorliegenden Falle typischen Fiebercurve auf Zufälligkeit beruhen. Auch sieht man zuweilen bei denjenigen Krankheiten, welche durch Schüttelfröste ausgezeichnet sind, wie bei der Pyaemie, der Tuberculose, Endocarditis, dass die Fröste in gewissen regelmässigen Zeitabständen auftreten und dadurch den Eindruck einer typischen Fiebercurve, wie bei dem Malariafieber, herbeiführen können.

Durch das Auftreten von Schüttelfrösten mit bald quotidianem, bald tertianem, bald quartanem Typus ist namentlich ausgezeichnet die Endocarditis ulcerosa, wie Eichhorst in seinem Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie (1. Bd. pag. 11) angegeben hat. Eingehender hat diese Erscheinung Leyden in einer Abhandlung[3]) beschrieben und dabei hervorgehoben, dass dieselbe auch in Fällen ohne nachweisbare Herzaffection auftreten kann; letztere werde entweder nur vermuthet oder erst am Ende der Krankheit constatirt.

Diese Frage muss um so mehr berührt werden, als von diesem Autor die Möglichkeit einer Heilung von solchen Erkrankungsfällen nicht ganz ausgeschlossen wird, da Krankenbeobachtungen für die Möglichkeit einer solchen wenigstens wahrscheinliche Anhaltspunkte geben.

Da in unserem Falle gar keine physikal. Erscheinungen bestanden, welche auf eine Erkrankung des Endocards schliessen liessen, so will ich nicht näher darauf eingehen, indem die Fälle einer sog. latenten Herzaffection, wie Leyden selbst sagt „unklar sind, sofern sie nur eine vermuthliche Diagnose zulassen, die erst sicher sein kann, wenn sich deutliche Zeichen dafür etabliren — bis dahin schwanke sie zwischen den verschiedenen Möglichkeiten".

Zieht man an der Hand dieser epikritischen Betrachtung des Falles das Resultat in diagnostischer Beziehung, so kann man zunächst nur sagen, dass die Erkrankung unter dem Bilde eines atypischen Gelenkrheumatismus begonnen hat, welcher sich an eine Erkältung fast unmittelbar anschloss. Die rheumatische Natur der Erkrankung springt um so mehr in die Augen, als die Patientin schon einmal (vor 1 Jahr) an acutem Gelenkrheumatismus gelitten hatte, somit die Disposition zu derselben Krankheit in sich trug. Wie sehr dies der Fall ist, geht daraus hervor, dass, wie ich hier hinzuzufügen in Folge einer Mittheilung des Herrn Stabsarztes Dr. Herrlich in der Lage bin, die Patientin ein Jahr darauf noch einmal an acutem Gelenkrheumatismus erkrankte, der jedoch uncomplicirt und leicht verlief.

[3]) Leyden, Zeitschrift für Klin. Medicin. IV. Bd. 1882.

Die unseren Krankheitsfall complicirenden Symptome an den Hautdecken sind der Peliosis oder Purpura rheumatica zuzuzählen, da dieselben durchaus charakteristisch für diese im Ganzen seltene Erkrankungsform auftreten. Bezüglich des Exanthems ist in unserem Falle bemerkenswerth, dass der Purpuraausschlag schubweise den ganzen Körper, auch die Diaphysenabschnitte der Gliedmassen befiel, was bei Peliosis durchaus selten vorkommt.

Ueber die Beziehung der Peliosis zum Rheumatismus und die Wechselbeziehung zwischen Peliosis und Erythema nodosum werde ich unten aus der Literatur das Nöthige beibringen.

Bezüglich der Fieberanfälle unserer Beobachtung kann nur hervorgehoben werden, dass die Erkrankung an Peliosis rheumatica unter einer Reihe von Schüttelfrösten mit schweren Fieber- und Allgemeinerscheinungen verlaufen ist. Diese aussergewöhnliche Fieberbewegung bei Purpura rheumatica ist gewiss selten und findet nur wenig Analoges in den in der Literatur niedergelegten Fällen (Bohn, Kaltenbach). Die Kaltenbach'sche Beobachtung werde ich unten anführen, sie bringt etwas Aehnliches, wenn auch weniger Typisches.

Dass es sich in unserem Falle um gleichzeitige Malariainfection gehandelt habe, eine Annahme, zu welcher zunächst die Quartancurve auffordert, ist ebenfalls ins Auge zu fassen, um so mehr als die Erkältungsart auf dem Wasser eine günstige Gelegenheitsursache dafür abgiebt. Zu dieser Annahme fordert ausserdem auf die objectiv nachweisbare Milzanschwellung und die Schmerzhaftigkeit der Milzgegend, wenn auch dieses Symptom nicht für Malariaerkrankung allein specifisch ist.

Man käme dann zur Annahme einer sog. Mischinfection, die ja die heutige Pathologie und die Disciplin von der Pathogenese lebhaft beschäftigt. Ich kann die Frage nur streifen, da ein exacter Anhalt aus naheliegenden Gründen nicht weiter zu gewinnen ist.

Die Behandlung war in unserem Falle eine vorwiegend pflegende und zuwartende. Von Medicamenten wurde das Natr. salicyl. als fieberwidriges und antirheumatisches Mittel gereicht, ausserdem Antipyrin (3 g innerhalb

3 Stunden = stündl. 1 g). Dass diese Mittel einen sichtlichen heilenden und krankheitsabkürzenden Einfluss ausgeübt hätten, wie beim typischen acuten Gelenkrheumatismus, kann nicht erwiesen werden. Jedenfalls erfuhren die schmerzhaften Beschwerden eine Linderung und Ermässigung.

Das letztere kann nicht von den Fieberanfällen behauptet werden; noch der letzte Fieberparoxysmus am 22. Juni gab an Intensität den voraufgegangenen nichts nach, ohne dass jedoch weitere Anfälle gefolgt wären. Die Krankheit war wie abgeschnitten. Chinin wurde aus einer gewissen Absicht nicht gereicht: man wollte in den spontanen Entwicklungsgang der Krankheit nicht eingreifen und sich das Mittel ev. als ultimum refugium gegen die Fieberanfälle aufsparen. Diese Ueberlegung war eine praktisch begründete. Hätte man Chinin verordnet, so würde man das Aufhören der Fieberfröste auf die Wirkung dieses Mittels zu beziehen geneigt gewesen sein und die Natur der Erkrankung als eine Malariainfection gestützt gefunden haben, während in letzter Beziehung jetzt bei dem spontanen Aufhören der Fieberanfälle das Gegentheil der Fall ist.

In Folgendem will ich aus der mir zugänglichen Literatur kurz das zusammenstellen, was für die Peliosis rheumatica in geschichtlicher und klinischer Beziehung von Wichtigkeit ist.

Es ist ein Verdienst Schönlein's, zuerst auf diesen mit so eigenthümlichen Erscheinungen verlaufenden Process in der Haut aufmerksam gemacht und diese Krankheit unter dem Namen der Peliosis rheumatica zur Selbstständigkeit erhoben zu haben. Seine Beschreibung der Krankheit ist klassisch und folgende[4]):

„Die Kranken haben entweder schon früher an Rheumatismus gelitten oder es treten gleichzeitig rheumatische Erscheinungen auf, leise periodisch stechende Schmerzen in den Gelenken (in den Knöcheln und im Knie, selten im Hand- und Achselgelenk), die ödematös angeschwollen

[4]) Schönlein, spec. Path. u. Ther. [Bd. II, herausgegeben von seinen Zuhörern.

und bei Berührung schmerzhaft sind. Die eigenthümlichen Flecken der Krankheit erscheinen an den Extremitäten in der Mehrzhhl der Fälle zuerst und zwar vorzüglich an den unteren (selten oben) und hier nur bis an die Knie. Die Flecken sind klein, von der Grösse einer Linse, eines Hirsekorns, hellroth, nicht über die Haut erhaben, beim Drucke des Fingers verschwindend (fliessen nie zusammen wie bei Morbus mac. Werlhoffii, was nach Eichhorst nicht für alle Fälle zutrifft); sie werden allmählich schmutzigbraun, gelblich, die Haut über denselben schilfert sich etwas kleienförmig ab; die Eruption erfolgt stossweise, oft durch einige Wochen. Die Krankheit tritt meistens mit Fieber auf, das Fieber hat den remittirenden Typus. Gegen Abend sind die Erscheinungen am heftigsten, am Morgen folgt Nachlass der Erscheinungen. Nicht selten Ausscheidungen im Harne."

Bezüglich der Aetiologie sagt er: „die Krankheit findet sich bei Individuen mit zarter vulnerabiler Haut, die entweder schon früher an Rheuma gelitten oder bei denen in Folge von Verkältung gleichzeitig neben den Erscheinungen der Peliose die der Rheumarthritis auftreten".

Aehnlich spricht sich Cannstadt[5]) über diese Krankheit aus, der für das Entstehen dieser wie überhaupt der meisten Purpuraformen in erster Linie eine allgemeine Cachexie und Dyscrasie verantwortlich macht. Er lässt es dahingestellt sein, ob diese Affection wegen der Gelenkschmerzen den Rheumatosen zugezählt zu werden verdient oder nicht. Werthvoll ist seine Beobachtung, dass das Leiden oft sehr hartnäckig und mit Milzentartung verbunden ist.

Fuchs[6]) welcher diese Erkrankung als Rheumatocelis beschreibt und zu den rheumatischen Exanthemen rechnet, entwirft ebenfalls ein ähnliches Krankheitsbild, wie es Schönlein gethan, weicht jedoch darin von ihm ab, dass er diese Krankheitsform theils als eine symptomatische, theils als eine idiopathische auftreten lässt, indem er sagt: „Wie der Friesel (Miliaria) tritt auch diese Form zuweilen zu anderen Rheumen, bildet sie sich hingegen

[5]) Cannstadt, spec. Path. u. Ther. 1846 Bd. III, 2.
[6]) Fuchs, Lehrbuch der spec. Nosologie u. Ther. 1846, II. Bd.

mehr als selbstständige Krankheit aus, so gehen ihr Frost mit darauffolgender Hitze, vage Schmerzen in allen Gliedern, namentlich den unteren Extremitäten, beschleunigter Puls, weissbelegte Zunge, warme Haut und beschränkte Secretionen 2—3 Tage lang voraus. Die Eruption erfolgt immer zuerst an den unteren Extremitäten und bleibt oft auf sie beschränkt, oft erscheint sie aber auch an den Armen, seltener am Rumpfe und nie im Gesichte. Mit ihrem Erscheinen lassen Gliederschmerzen und Fieber auffallend nach und schwinden oft gänzlich, doch kehren sie gern von Zeit zu Zeit wieder zurück, Nachschübe verkündend und mit diesen sich endend."

Hebra[7]) schliesst sich Schönlein bezüglich der Auffassung der Krankheit ganz und gar an, indem er sagt, „dass dieser Process der Haut unter so eigenthümlichen Erscheinungen verlaufe, dass er als eine substantive Krankheit aufgefasst werden muss".

Diese von Schönlein stammende Anschauung ist lange Zeit, weil sie von einer solchen Autorität ausging, unantastbar gewesen; in neuerer Zeit ist die Sonderexistenz der Peliosis rheumatica in Frage gestellt, ja ihre Selbstständigkeit gänzlich geleugnet worden.

Selbst in dem von v. Ziemssen herausgegebenen Handbuche der spec. Pathologie und Therapie ist ihrer nicht als besonderer Krankheitsspecies gedacht, sondern bei dem Morbus maculosus Werlhoffii als eine Abart desselben abgehandelt.

Abgesehen von verschiedenen englischen Autoren ist namentlich Scheby-Buch[8]) für diese neue Auffassung eingetreten. Dieselbe sagt: „Fälle von Purpura simplex, die mit Gelenkaffectionen einhergehen, entsprechen zum Theil dem Begriff der Peliosis rheumatica Schönleinii, zum Theil weichen sie von ihr durch die Ausdehnung des Exanthems ab". Am Schlusse seiner Abhandlung, in der er den Zusammenhang der hämorrhagischen Erkrankungen mit Gelenkaffectionen einer Erörterung unter-

[7]) Handbuch der spec. Path. und Ther. red. von R. Virchow. III. Band.

[8]) Deutsches Archiv für Klinische Medicin Bd. XIV.

zieht und die seit 41 Jahren im Hamburger Krankenhause vorgekommenen, hierher gehörigen Krankheitsfälle zusammenstellt, kommt er zu dem Resultate, „dass nicht nur, wie bisher angenommen, Gelenkaffectionen allein bei der Purpuraform vorkommen, die man als Peliosis rheumatica Schönleinii bezeichnet, sondern bei allen hämorrhagischen Erkrankungen, zwar nicht als constanter aber als häufiger Begleiter dieser Erscheinungen". Auf Grund dieser Zusamenstellung sah sich Scheby-Buch veranlasst, die Sonderexistenz der Peliosis rheumatica in Frage zu stellen und die einzelnen Purpuraformen nur als gradatim verschiedene Krankheitsformen aufzufassen. Letzteres scheint erhärtet zu werden durch einen von Tchastny[9]) mitgetheilten Fall, wonach die eine Form in die andere übergegangen ist. Ein Soldat zeigte anfangs die Symptome der Purpura rheumatica (Purpuraexanthem war hierbei complicirt mit einem Erythema exsudativum multiforme), später die der Purpura haemorrhagica und des Scorbuts.

In Uebereinstimmung mit Scheby-Buch will auch Immermann[10]) die Peliosis rheumatica als Krankheitsspecies aus dem System gestrichen wissen und für alle mit rheumatoiden Symptomen auftretenden und verlaufenden Formen der Purpura lieber den „unverfänglicheren und allgemeineren Namen" der Purpura rheumatica gebrauchen.

Dieser Streit über die Sonderexistenz des Pel. rheum. basirt auf den gescheiterten Erklärungsversuchen, betreffend den Zusammenhang der fraglichen Hauterkrankung mit dem rheumatischen Krankheitsprocess, eine Frage, die auch uns jetzt beschäftigen soll.

Weil es eine Seltenheit ist, dass eine Peliosis rheumatica einen tödtlichen Verlauf nimmt, bietet diese Krankheit ein undankbares Feld für die pathologische Anatomie. In Folge dessen ist auch diese Krankheit für uns, wie Traube[11]) geradezu ausspricht, ein dunkler Process. Allerdings ist dieser Autor auf Grund eines

---

[9]) Jahresbericht der gesammten Medicin von Virchow-Hirsch 1885.

[10]) v. Ziemssen, Handbuch der spec. Path. u. Ther. Bd. XIII, 2.

[11]) Traube, Gesammelte Abhandlungen II.

Obductionsbefundes bei einem letal endenden Falle[12]), wo er dieselben Veränderungen, wie sie bei der Polyrheumarthritis vorkommen, Extravasation und Gefässinjection in den Gelenken, vorfand, geneigt, die rheumatische Purpura für identisch zu halten mit dem acuten Gelenkrheumatismus. Bei Erwähnung dieses Falles, der übrigens mit Pyopneumothorax complicirt war, an der Stelle, wo er der Peliosis rheumatica gelegentlich bei Abhandlung des Morbus maculosus gedenkt, sagt Immermann[13]): „das sind jedenfalls die seltenen Fälle von acutem Gelenkrheumatismus, in denen etwa durch das Hinzutreten einer Endocarditis ulcerosa nachträglich multiple Extravasationen auf embolischem Wege erzeugt werden, die von der Peliosis rheumatica streng zu trennen sind. Denn diese letztere geht erstens nie in den eigentlichen schweren Gelenkrheumatismus über und dann fehlen bei ihr die bei letzterem so constanten abundanten Schweisse.“

Senator[14]) spricht geradezu aus, dass die bei Hauthämorrhagien auftretenden Gelenkaffectionen nichts mit der rheumatischen Polyarthritis zu thun haben, sowie umgekehrt, bei wirklicher Polyarthritis eine Purpura nur äusserst selten vorkomme. Scheby-Buch (s. o.) hat in seiner Zusammenstellung gefunden, dass Rheumatismus articulorum acutus in 2 Fällen mit Purpura complicirt war. Nach ihm sind die rheumatoiden Gelenkaffectionen bei Peliosis am wahrscheinlichsten aufzufassen als eine Ausdehnung des hämorrhagischen Processes auf die Serosen der Gelenke. Senator[15]) erachtet eine ähnliche Erklärung für zulässig, indem er an der Stelle, wo er die Differentialdiagnose der Polyarthritis bespricht, sagt: „Die bei Purpura auftretenden schmerzhaften Gelenkschwellungen sind wohl nicht immer als eigentliche Entzündungen, sondern oft nur als collaterale Kreislaufstörungen aufzufassen, hervorgebracht durch embolische Verstopfungen, welche vielen Fällen von Purpura zu

---

[12]) i. l.

[13]) v. Ziemssen, Handbuch der spec. Path. u. Ther. Bd. XIII, 2.

[14]) v. Ziemssen, Handbuch der spec. Pathol. u. Ther. Bd. XIV, 1 pag. 23.

[15]) i. l. pag. 53.

Grunde liegen mögen (Bohn, Jahresbericht für Kinderheilkunde Heft 4) oder als ödematöse Schwellungen, bedingt durch die Alteration der Gefässwände oder der Blutflüssigkeit selbst, welche man in anderen Fällen als Ursache der Blutungen ansehen muss."

Mögen diese Erklärungen den Anspruch auf Richtigkeit für sich haben, so bleibt doch immer der Umstand auffällig, dass Peliosis rheumatica gerade gern bei Individuen auftritt, welche schon früher an Rheumatismus gelitten haben, wie Schönlein und viele andere Autoren nach ihm beobachtet haben und auch der vorliegende Fall gelehrt hat. Es besteht somit, das ist nicht zu bestreiten, ein gewisser Zusammenhang zwischen dem rheumatischen Krankheitsprocess und den Hautblutungen, der allerdings, wie Kaltenbach[16]) sagt, räthselhaft ist. „Dieses gleichzeitige Auftreten rheumatischer Processe mit Hautblutungen", fährt er fort, „ist durch solche bestimmte Eigenthümlichkeiten im Verlauf und Symptomen ausgezeichnet, dass man das Exanthem nicht als eine zufällige Complication eines einfachen acuten Gelenkrheumatismus ansehen kann. In welchem Verhältniss aber der rheumatische Krankheitsprocess zu den Hautblutungen steht, ist nicht so ganz klar. Wahrscheinlich die Mehrzahl der Fälle spricht dafür, entstehen die Blutungen erst consecutiv in Folge des rheumatischen Krankheitsprocesses oder umgekehrt. Denn einmal betrifft die Krankheit meist früher gesunde oder solche Individuen, welche bereits an rheumatischen Affectionen gelitten haben, ferner erscheint das Exanthem erst, nachdem längere Zeit Gliederschmerzen vorausgegangen sind, wobei jedoch eine gewisse Prädisposition mancher Individuen für Hautblutungen keineswegs ausgeschlossen ist."

In der Krankengeschichte unseres Falles ist erwähnt, dass neben der hämorrhagischen Hauterkrankung auch eine erythematöse aufgetreten sei. Auch in der Epikrise ist dieser zweifachen Erkrankungsform gedacht, und bei dieser Gelegenheit bereits eine Betrachtung beider in Aussicht gestellt.

Wie das Purpuraexanthem in mannigfacher Form

---

[16]) Kaltenbach, Jahrbuch der Kinderheilkunde, Bd. VI.

(Flecken, Papeln, Bläschen und Blasen) auftrat, zeigten auch die erythematösen Efflorescenzen die grösste Formverschiedenheit (Erythema exsudativum multiforme, Erythema polymorphon).

Von diesem hebe ich nur die nodöse Form hervor, welche die meisten Autoren von den übrigen Erythemen wegen der dieselbe begleitenden Erscheinungen vollständig trennen und als eine Krankheit sui generis beschreiben. Dieses Erythema nodosum wird vielfach mit der Peliosis rheumatica identificirt, namentlich von französischen und englichen Autoren. Dieselben behaupten, dass beiden Krankheiten ein gleiches ätiologisches Moment zu Grunde liege, nämlich das Rheuma, woraus sie schliessen, dass sie auch gleiche Krankheitsprocesse seien. Nach Purdon, Bazin und Behier ist das Erythema nodosum ebenso gut eine Hämorrhagie wie die Purpura rheumatica. In der That treten bei Eryth. nod. ebenso wie bei der Peliosis rheumatische Gelenkschmerzen mit und ohne Gelenkanschwellungen auf, dass ein ganz gleiches Krankheitsbild entstehen kann. In der Litteratur finden sich Fälle veröffentlicht, die der eine als Peliosis rheumat., der andere als Eryth. nod. auffasst, ein Beweis, wie schwierig beide Processe von einander zu unterscheiden sind. So findet sich bei Lewin in seiner Abhandlung über das Erythema exsud. multiforme[17]) die Bemerkung: „einem intermittirenden Typus hebt auch Kaltenbach hervor in dem von ihm als Peliosis rheum. beschriebenen Falle, der dem Erythem nod. sehr ähnlich war.“ Ferner bei Zuchholdt[18]): „Kinnicout beschreibt einen Fall von Eryth. nod., den er für Peliosis rheum. hält.“ An anderen Stellen findet sich wieder bemerkt, dass Purpura und Erythema neben einander auftreten. So sagt Henoch in seinen Vorlesungen über Kinderkrankheiten an der Stelle, wo er die Purpura rheumatica bespricht: „Bisweilen gesellen sich zu den Purpuraflecken auch quaddelartige Efflorescenzen (Eryth. nod.) in deren Mitte ein bläuliches Blutextravasat sicht- und

[17]) Lewin, Charité-Annalen 1878.
[18]) Zuchholdt, Inauguraldissertation. Berlin 1876.

fühlbar ist.“ Andererseits sollen nach Zuchholdt neben dem Eryth. nod. kleine Petechien in der Haut auftreten.

Aber nicht nur nebeneinander können beide Processe bestehen, sie können auch in einander übergehen. Nach Hebra[19]) kommt der Uebergang von Eryth. nod. in eine Hämorrhagie nicht nur häufig vor, sondern ist sogar die Regel. Derselbe sagt an einer Stelle, wo er die Aetiologie der Hämorrhagien der Haut bespricht, folgendes: „die ausgiebigste Extravasation bewirkt unter allen Entzündungsprocessen das Eryth. nod., dessen knollige Efflorescenzen in ihrer Mitte eine mit Blut erfüllte Höhle bergen“. Dies würde also dem ausgedehntesten Blutaustritt, der in der Haut stattfindet, der Blutbeule (Ecchymoma), entsprechen. Dieser Uebergang kommt nicht nur bei dem Eryth. nod. sondern auch bei den anderen Erythemarten vor, weshalb dieselben auch Auspitz[20]) hämorrhagische Erytheme nennt. Er sagt: „die Blutaustritte können als Complicationen einfach entzündlicher und angioneurotischer Processe auftreten (haemorrhag. Erytheme) bei der einfachen und papulösen Purpura oder als hämorrhagische Suffusionen bei Eryth. nod., deshalb ist derselbe[21]) wohl auch dazu veranlasst worden, diese Erythemformen, sowie den Herpes und die Peliosis rheum. unter den Sammelbegriff Erythanthema d. h. Efflorescenzbildung mit erythematöser Grundform, zusammenzufassen und zwar unter das Erythanthema essentiale, von dem das Eryth. nod. nur die maculo-papulöse und zwar die tiefliegende (während die anderen Erythemformen die oberflächlichen sind), die Peliosis rheumatica die haemorrhagische Form darstellt. Dagegen trennt er von dieser Purpuraform die anderen (Purpura simplex, papulosa, haemorrhag., Scorbut) vollständig und bringt sie in einer ganz anderen Classe unter.

Es erübrigt nur noch aus der Litteratur anzuführen, welcher Fieberverlauf bei Erythema nodosum und Pe-

---

[19]) Hebra, Hautkrankheiten im Handbuch der spec. Path. und Ther. red. von R. Virchow. III. Bd.

[20]) v. Ziemssen, Handbuch der spec. Pathol. u. Ther. Bd. XIV, 1.

[21]) Ebenda.

liosis rheumat. angegeben ist. Leider sind in dieser Beziehung die Angaben, selbst die von guten Beobachtern stammenden, ganz unbestimmt.

Von dem das Eryth. nod. begleitenden Fieber heisst es, dass es nicht typisch sei. Es könne ganz fehlen oder gering sein, manchmal aber auch beträchtlich (Lipp[22]), Lewin[23])). Oehme[24]) dagegen, welcher grossen Werth auf das Fieber legt und in seiner Abhandlung ebenfalls jenen Uebelstand zu bedauern hat, sagt, „dass die Krankheit stets mit Fieber und zwar oft mit beträchtlicher Temperatursteigerung verbunden sei und der Typus einer Febris remittens, der Abfall einer Lysis gleiche". In Lewins Fällen soll der Typus des Fiebers ein inconstanter gewesen, die Temperatur rasch zur Maximalhöhe gestiegen und nach der Eruption der Hautefflorescenzen allmählich in Form der Lysis abgefallen sein". In einigen Fällen sei der Typus ein intermittirender gewesen. Dieser Typus ist jedoch nicht so recht klar und zum Theil auch nicht genau angegeben. Jedenfalls weicht der in Lewins Fällen erwähnte so sehr von dem intermittirenden Fiebertypus unserer Beobachtung ab, dass er gar nicht in Vergleich gezogen werden kann, schon aus dem Grunde, weil in seinen Fällen das Fieber in lytischer, in unserem Falle dagegen in kritischer Weise abfiel.

Was die Fieberbewegung bei Peliosis rheum. betrifft, so lässt Schönlein derselben einen remittirenden Typus nehmen. Im Allgemeinen ist sie jedoch, wie auch Kaltenbach[25]) hervorhebt, selten genau angegeben. Derselbe beschreibt zuerst einen intermittirenden Fiebertypus und stützt seine Behauptung durch einen Krankheitsfall, welcher, wie schon früher erwähnt, grosse Aehnlichkeit mit unserem Falle zeigt, und deshalb hier Erwähnung finden soll.

Derselbe betrifft einen 10jährigen Patienten, der zuerst mit Schmerzen in den Knien und Füssen und darauf an einem quaddelartigen Hautausschlag an den

---

[22]) Lipp, Vierteljahrschrift für Dermatologie.
[23]) Lewin, Charité-Annalen 1878.
[24]) Oehme, Archiv der Heilkunde, Bd. XVIII.
[25]) Kaltenbach, Jahrbuch der Kinderheilkunde, Bd. VI.

Fussrücken, Unterschenkeln, Gesicht und Händen, in dessen Umgebung diffuses Oedem bestand, erkrankte. Dabei bestand geringes Fieber, das nach 3 Tagen wegblieb. Der Knabe stand auf und ging wieder zur Schule. Mittags jedoch klagte er wieder über reissende Schmerzen in den Füssen und Knien und in der rechten Schulter. Dabei bestand mässiges Fieber. Am 8. Tage nach dem Auftreten der ersten Schmerzen entstanden an den Füssen, Unter- und Oberschenkeln erbsen- bis groschengrosse Flecken, die leicht über das Hautniveau prominirten und dem Fingerdruck nicht schwanden. Ihre Farbe wurde bald schmutzig rothbräunlich. Schmerzen bestanden nur bei Druck und Bewegungen. Temperatur Morgens stets normal Nach ca. 8 Tagen Flecken abgeblasst. Trotzdem bestanden noch verschiedene Krankheitssymptome, namentlich Temperatursteigerungen am Nachmittag (bis 39,0). Eine öftere Messung der Temperatur in der Folgezeit ergab Nachmittags fast immer um dieselbe Zeit Temperaturerhöhungen, während die Temperatur Morgens stets normal war. Es wurde deshalb an eine Malariaerkrankung gedacht und Chinin verordnet, jedoch ohne Erfolg.

Am 4. April, ungefähr 3 Wochen nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen, kam der Fall in Kaltenbachs Behandlung, weil die Mutter des Knaben auf den Ausspruch des Arztes hin, dass möglicherweise eine tuberculöse Erkrankung vorliege, ängstlich geworden war.

Der Befund war an diesem Tage folgender: Schmerzen in den Füssen, dem linken Knie und der rechten Schulter, auch die Musculatur der Wade und des rechten Oberarmes war empfindlich. In der Haut der Waden und Oberschenkel mehrere erbsen- bis groschengrosse, bräunlich pigmentirte Stellen (Reste von Purpura). Urin frei von Eiweiss. Milz mässig vergrössert. T. A. 38,3. Diagnose: Peliosis rheumatica.

In der Folge war das Befinden des kleinen Pat. Morgens meist gut, Nachmittags schlechter, begleitet von Temperaturerhöhungen, Abends wurde es wieder besser. Die Klagen bestanden in Schmerzen in den Füssen, Waden, Schulter und Oberarm. Am 12. April erfolgte

nochmals unter beträchtlicher Temperatursteigerung die Eruption einzelner frischer Flecken an der rechten Schulter und am linken Oberschenkel.

Am 16. April wurde ein neuer Versuch mit Chinin gemacht, doch abermals ohne Erfolg.

Am 22. bis 25. April gingen den Fieberparoxysmen leichte Frostanfälle voraus. Vom 26. April ab konnte ein Sinken der Temperatur constatirt werden und zwar in der Weise, dass der bisherige Typus fortbestand, die Fieberparoxysmen des Nachmittags (welche ausserdem auf eine spätere Stunde fielen) nicht mehr die frühere Höhe erreichten.

Gleichzeitig begann eine starke Schweissabsonderung aufzutreten und die Milzschwellung nachzulassen. Die Bewegungen wurden schmerzfrei. Am 5. Mai durfte der Knabe zuerst aufstehen.

Gewiss besteht eine grosse Aehnlichkeit zwischen dieser und unserer Beobachtung in Bezug auf die Mannigfaltigkeit des Ausschlags, die Gelenkaffectionen und sonstigen begleitenden Erscheinungen (Milzvergrösserung), in gewisser Beziehung auch in Hinblick auf die Fieberbewegung, indem dieselbe hier ebenfalls durch einen intermittirenden Typus gekennzeichnet ist, jedoch mit dem Unterschiede, dass hier der Typus der Febris quotidiana, dort der der quartana besteht. Auch in Bezug auf das Auftreten der die Fieberanfälle einleitenden Fröste unterscheiden sich beide Fälle, indem dieselben in dem Kaltenbach'schen Falle leichterer Natur gewesen zu sein scheinen und sich erst im späteren Verlaufe der Krankheit einstellen, während sie in unserem Falle in Form schwerer Schüttelfröste und gleich im Anfang der Erkrankung auftreten.

Endlich auch in Bezug auf das Ende des Processes weichen beide Fälle sehr von einander ab. In dem citirten Falle erfolgte der allmähliche Niedergang des Fiebers unter dem Bilde einer lytischen Defervescenz, welch letztere unmittelbar in die Reconvalescenz überging, in unserem Falle dagegen unter dem Bilde einer Krisis; die Krankheit war wie abgeschnitten und ging sofort in das Reconvalescenzstadium über.

Zum Schlusse erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Leyden für die gütige Ueberlassung des Falles, sowie Herrn Stabsarzt Dr. Herrlich für die Anregung zu dieser Arbeit und liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung derselben auch an dieser Stelle den aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Die freiwillige Krankenpflege im Kriege ist noch mehr auszubilden, aber auf ein männliches Personal zu beschränken.

II.

Bei langwierigem Blasencatarrh erzielt man durch Ausspülungen mit Höllensteinlösung den besten Erfolg.

III.

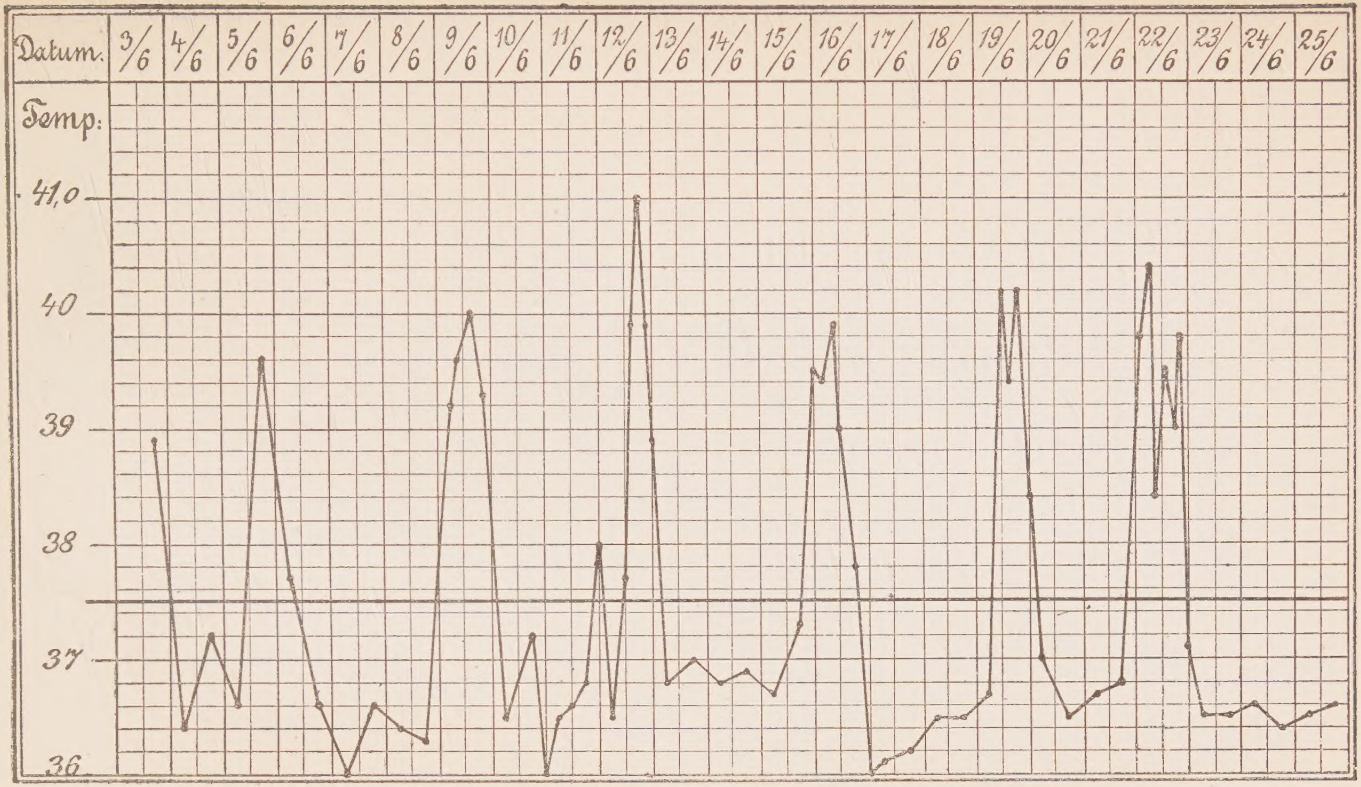
Vom Standpunkte der Militärrevaccination ist die animale der humanisirten Lymphe vorzuziehen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Paul Emil Eduard Händel, evangelischer Confession, Sohn des zu Münchenbernsdorf (Grossherzogthum Sachsen-Weimar) verstorbenen pract. Arztes Dr. Händel, wurde am 13. Mai 1859 zu Münchenbernsdorf geboren. Seine Schulbildung genoss er auf dem Gymnasium zu Gera (Reuss j. L.), welches er Ostern 1880 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Am 27. März 1880 wurde er als Studirender in das Königliche Friedrich-Wilhelms-Institut aufgenommen und genügte in seinem ersten Semester seiner halbjährigen Dienstpflicht mit der Waffe bei der 11. Compagnie des 2. Garde-Regiments zu Fuss. Am 11. Februar 1882 bestand er das Tentamen physicum, am 29. Januar 1884 das Examen rigorosum. Am 15. März wurde er zum Unterarzt im 5. Thüringischen Infanterie-Regiment No. 94 (Grossherzog von Sachsen) ernannt und beendete das Staatsexamen, zum Friedrich-Wilhelms-Institut commandirt, am 28. April 1885. Am 30. Juli 1885 wurde er zum Assistenzarzt II. Classe im Anhaltischen Infanterie-Regiment No. 93 und am 8. November 1887 zum Assistenzarzt I. Classe befördert.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren: Bardeleben, Baumann, v. Bergmann, Bernhardt, du Bois-Reymond, Eichler (†), B. Fränkel, Fräntzel, v. Frerichs (†), Fritsch, v. Giżycki, Gurlt, Gusserow, Hartmann, v. Helmholtz, Henoch, Hirsch, Hofmann, Kern, Leuthold, G. Lewin, Leyden, Liebreich, Liman, Orth, Peters (†), Reichert (†), Salkowski, Sarnow, Schröder (†), Schweigger, Schwendener, Skrzeszka, Trautmann, Virchow, Westphal, Zeller.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.


Datum:
3/6
4/6
5/6
6/6
7/6
8/6
9/6
10/6
11/6
12/6
13/6
14/6
15/6
16/6
17/6
18/6
19/6
20/6
21/6
22/6
23/6
24/6
25/6
Temp:
41,0
40
39
38
37
36